

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (ей)  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет).

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень), а именно:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия,
- фарингоскопия, непрямая ларингоскопия;
- спирометрия;
- термометрия;
- тонометрия;
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, для получения первичной медико-санитарной помощи лицом;

а также я даю согласие на иную медицинскую помощь, необходимую для сохранения жизни и здоровья моего ребёнка, включая доставку ребёнка в медицинские учреждения за пределами ДОЛ «СОК «Кедровый» и возвращение обратно, которое осуществляется медицинскими работниками ДОЛ «СОК «Кедровый».

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_ 20\_\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребёнка в ДОЛ «СОК «Кедровый». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «ЦДМО «Магистр» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю в адрес ООО «ЦДМО «Магистр». При заболевании и госпитализации моего ребёнка в лечебные учреждения за пределами ДОЛ «СОК «Кедровый» прошу вас проинформировать меня по следующим контактными данным:

\_\_\_\_\_  
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. родителя / законного представителя)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.